

QUEJA DE DISCRIMINACION

NOMBRE _____

CLASE DE ASISTENCIA _____

DIRECCION _____

NUMERO DEL CASO _____

AREA

TELEFONO () _____

Creo que me han discriminado debido a mi:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAZA | <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL | <input type="checkbox"/> RELIGION | <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL |
| <input type="checkbox"/> SEXO | <input type="checkbox"/> COLOR | <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD/
DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> EDAD |
| <input type="checkbox"/> AFILIACION POLITICA | | | |

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DISCRIMINO EN CONTRA SUYA	CARGO	FECHA EN QUE OCURRIO	LUGAR DONDE OCURRIO Y NOMBRE DE LA AGENCIA/DEPENDENCIA

Describa en sus propias palabras cuáles acciones ocurrieron que le han hecho creer que le han discriminado.

Indique cuál es la resolución que busca.

Comprendo que la información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA DE LA PERSONA QUE SE QUEJA

FECHA